第一号様式

障害児入所給付費(特定入所障害児食費等給付費)支給申請書 兼利用者負担額減免事由該当申告書

年 月 日

千葉県 児童相談所長 様

障害児入所給付費(特定入所障害児食費等給付費)の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

	フリ	ガナ									
申	氏	名				生年	月日		年	月	目
申請者	個人都	番号									
自	居住	地	Ŧ			電話者	番号				
支 係	フリ:	ガナ									
支給申請に 係る障害児	氏	名				生年	月日		年	月	目
請害						続村	丙			性別	
(ニ)し	個人番号					ЛУСТ	1.1			17777	
	障害者 長番号			療育手帳 番 号				申障害者係 祉 手 帳 番			
被保険者証の 記号及び番号※					1	保険者の	名及で	び番号※			

※ 医療型障害児入所施設又は指定発達支援医療機関(肢体不自由児・重症心身障害児)の利用を申請する場合は、支給申請に係る障害児の加入する医療保険について記載してください。

サービ			业サービス サービス)	利用中のサービスの種類と内容等				
スの利			通所支援 サービス)	利用中の事業所名等				
用状況	指定入所支援 (入所サービス)			利用中の施設名等				
申請には	障害児入所給付費	種	□障害児	 				
に係る指定入所支援の		類		童支援医療機関 自由児・重症心身障害児)				
所支援の種類等	 所給付費	具体的内容						

(改正前)

第一号様式

障害児入所給付費(特定入所障害児食費等給付費)支給申請書 兼利用者負担額減免事由該当申告書

年 月 日

千葉県 児童相談所長 様

障害児入所給付費(特定入所障害児食費等給付費)の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

	フリァ	ゲナ										
申	氏 名					生年月	目目		年	月	目	
申請者	個人看	昏号										
白	居住	地	₹									
				電話番号								
支係	フリガナ									_	_	
支係る障害	氏 名					生年月	月日		年	月	目	
請害に児	from 1 and 12					続村	丙			性別		
	個人看	音号										
身体障害者 手 帳 番 号				療育手帳番 号				申障害者(业 手 帳 番				
被保険者証の 記号及び番号※						保険者名	呂及て	バ番号※				

※ 医療型障害児入所施設又は指定発達支援医療機関(肢体不自由児・重症心身障害児)の利用を申請する場合は、支給申請に係る障害児の加入する医療保険について記載してください。

サービ			止サービス ナービス)	利用中のサービスの種類と内容等				
スの			通所支援 ナービス)	利用中の事業所名等				
利用状況	指定入所支援 (入所サービス)			利用中の施設名等				
申請に反	障害児入所給付費	種類	□障害児	入所施設				
はる指定入				□指定発達支援医療機関 (肢体不自由児・重症心身障害児)				
に係る指定入所支援の種類等	 所給付費	具体的内容						

申告に存る	申与こ系	□ I 負担上限月額等の算定のために必要な事項 下記の区分のうち、○を付した項目に該当します。 1 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国 残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)に基づ く支援給付を受けている世帯に属する者 2 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の 収入の合計額が80万9千円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4 市町村民税課税世帯に属する者であって、世帯の市町村民税所得割の合計額が28万円未満のもの 5 市町村民税課税世帯に属する者であって、4以外のもの
海タの	ě	□Ⅱ 医療型個別減免に関する事項 (医療型障害児入所施設入所者等に限る。) 医療型障害児入所施設又は指定発達支援医療機関の利用者であるため、医療型個別減免を申請します。
利类	里	□Ⅲ 特定入所障害児食費等給付費に関する事項(福祉型障害児入所施設入所者に限る。) 福祉型障害児入所施設の利用者であるため、特定入所障害児食費等給付費を申請します。
		□W 生活保護への移行予防措置に関する事項 境界層対象者証明書(児童福祉法施行令第27条の2第3号に該当する者であることを 福祉事務所長が証明した書類をいう。)の交付を受けているので添付します。

申請書提出者	□申請者本人	□申請者本人以外(下欄	に記入)	
フリガナ 氏 名			申請者	
住 所	Ŧ	電影	舌番号	

注

- 1 事実関係を確認できる書類を添付してください。
- 2 該当する□を塗り潰すか、又はレ印を付して申請及び申告をしてください。

(改正前)

申告に係る	□ I 負担上限月額等の算定のために必要な事項 下記の区分のうち、○を付した項目に該当します。 1 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国 残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)に基づ く支援給付を受けている世帯に属する者 2 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の 収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4 市町村民税課税世帯に属する者であって、世帯の市町村民税所得割の合計額が28万円未満のもの 5 市町村民税課税世帯に属する者であって、4以外のもの
(D)	3 申刊行政が保護品に属する名(め)うじ、主めがり
減免の	□Ⅱ 医療型個別減免に関する事項 (医療型障害児入所施設入所者等に限る。) 医療型障害児入所施設又は指定発達支援医療機関の利用者であるため、医療型個別減免を申請します。
種類	□Ⅲ 特定入所障害児食費等給付費に関する事項(福祉型障害児入所施設入所者に限る。) 福祉型障害児入所施設の利用者であるため、特定入所障害児食費等給付費を申請します。
	□IV 生活保護への移行予防措置に関する事項 境界層対象者証明書(児童福祉法施行令第27条の2第3号に該当する者であることを 福祉事務所長が証明した書類をいう。)の交付を受けているので添付します。

申請書提出者		□申請者本人	□申請者本人以外(下欄	に記入)	
フリガナ	-			申請者	
氏 名	7			との関係	
4 =	-	₸			
住 月	Т		電話	舌番号	

注

- 1 事実関係を確認できる書類を添付してください。
- 2 該当する□を塗り潰すか、又は ▶印を付して申請及び申告をしてください。

第四号様式

障害児入所給付費利用者負担額減免申告內容変更届出書

年 月 日

千葉県 児童相談所長 様

障害児入所給付費(障害児入所医療費を含む。)に係る負担上限月額等の算定のため に必要な事項に変更がありましたので、次のとおり届け出ます。

_	フリガナ			生	年	月日	左	F	月	日
届	氏 名						: : : :	-		
出	個人番号			受約	合者訂	E番号		İ		
者	居住地	₸				dip ≥11. x	正 日			_
	g フリガナ					電話看	11分			
給信 付る	5				生年	三月日	左	F	月	日
決固定領		1			続	柄				
にり	個人番号	-			称C	11/1				
	本障害者 帳 番 号		療育手帳番 号				章害者保健手帳番号			
変	更 理 由						<u> </u>			
変更の届出をす	下けい。生国く市磯市市計 届さ1	の区分のと当の区分のと当の区分のと当の区分(該 受罪を受ける 大田	有することと 合世帯人に 長留邦人で世帯人で世帯は をと受税の世帯は は いる世帯は は いる世帯に に を は いる に いる に いる に いる に に いる に に に に に に に	を 当な 国び世属が 野世 関で世属が の の の の の の の の の の の の の	と目 外偶すで円がる と目 人偶すで円があ	に 対 な の の の の の の の の の の の の の	た (しなくだいずれかに) 骨な帰国の付 量な帰国ので を 合計所得 もの 2以外のす 世帯の市町村	を作业をを対する。	サして をびに る法律は をび障 ^で	くだ 永住 基書
る減	る。) 医療	型障害児力		は指定発達			児入所施設 幾関の利用		- •	
免の種	者に限	る。)					届祉型障害! なくなった)			

(改正前)

第四号様式

障害児入所給付費利用者負担額減免申告内容変更届出書

年 月 日

千葉県 児童相談所長

様

障害児入所給付費(障害児入所医療費を含む。)に係る負担上限月額等の算定のため に必要な事項に変更がありましたので、次のとおり届け出ます。

フリガナ		生年	月日	4	F 月	日
出		受給者記	正番号			
者居住地	T		電話者	番号		
給係 フリガナ 付る		生生	F月日	4	F 月	日
決障 定害 に児 個人番号		続	柄			
身体障害者 手 帳 番 号	療育手帳 番 号			章害者保健 手帳番号		
変更理由						
変 更 の 届 出 を す る 減 免 の	活保護受給世帯又は中国死 に大中国残留邦人等及び特 支援給付を受けている世帯 可村民稅非課稅世帯に属する 可村民稅財課稅世帯に属する 可村民稅課稅世帯に属する 質が28万円未満の世帯に属する 質が18万円未満の世帯にある 町村民稅課稅世帯にある 型個別減免に関する事項 型障害児人所施設出出ます。 入所障害児食費等給付費に 入所障害児食費等給付費に	Lot Back Back Back Back Back Back Back Back	となっています。 という	いずれかに(骨な帰国の(立の支援に 合計所得。 2以外のい 世帯の市町村 4以外のもの 児入所施設 幾関の利用和	を付し 足進並な法 を額及び が民税所 ・大所者	てくだに非常には、一般では、一般では、一般では、一般では、一般では、一般では、一般では、一般で

□IV 生活保護への移行予防措置に関する事項 境界層対象者証明書(児童福祉法施行令等

境界層対象者証明書(児童福祉法施行令第27条の2第3号に該当する者であることを福祉事務所長が証明した書類をいう。)の交付を受けたので、当該証明書を添付して届け出ます。

	届出書提出者	□届出者本人 □届出者本人以外 (下欄に記入)
Ţ,	フリガナ	届出者
ľ	氏 名	との関係
	住 所	〒 電話番号

注

- 1 事実関係を確認できる書類を添付してください。
- 2 該当する□を塗り潰すか、又は レ印を付して届け出てください。

(改正前)

□IV 生活保護への移行予防措置に関する事項

境界層対象者証明書(児童福祉法施行令第27条の2第3号に該当する者であることを福祉事務所長が証明した書類をいう。)の交付を受けたので、当該証明書を添付して届け出ます。

届出書提出者			Š	□届出者本人	□届出者本人以外	(下欄に記え	()
フ	IJ	ガラ	+			届出者	
氏		4	Z			との関係	
住		Ē	斤	₹		電話番号	

沖

類

- 1 事実関係を確認できる書類を添付してください。
- 2 該当する□を塗り潰すか、又は**レ**印を付して届け出てください。